

(要支援認定者・総合事業対象者用)

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書

区分(新規・変更)

被保険者氏名				被保険者番号					
フリガナ									
				個人番号					
				生年月日					
				明・大・昭 年 月 日					
介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼(変更)する地域包括支援センター									
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				事業所の所在地		〒		-	
						電話番号()		-	
介護予防支援事業所番号				サービス開始(変更)年月日					
				年 月 日					
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。									
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地		〒		-	
						電話番号()		-	
居宅介護支援事業所番号				サービス開始(変更)年月日					
				年 月 日					
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等 ※変更する場合のみ記入してください									
(宛先) 柳井市長 上記の介護予防支援事業者(地域包括支援センター)に介護予防サービス計画作成 又は介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名 電話番号() -									
※ 被保険者確認欄 (記入しないで下さい)		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者(地域包括支援センター)番号							

介護予防サービス計画作成を依頼(変更)する介護予防支援事業者(地域包括支援センター)が 介護予防支援の提供にあたり、被保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定 に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を当該介護予防支援事業者 (地域包括支援センター)に必要な範囲で提示することに同意します。 令和 年 月 日 氏名							
--	--	--	--	--	--	--	--

(注意)

- この届出書は、介護予防サービス計画作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が決まり次第速やかに柳井市へ提出してください。
- 介護予防サービス計画作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず柳井市に届け出てください。届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 住所地特例の対象となる施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。

代理権授与通知書

(宛先) 柳井市長

令和 年 月 日

- ・ 委任者 (被保険者本人)

氏 名

- ・ 委任事項

「介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出書」
の提出

私は、次の者を代理人として、上記のことについて委任したので通知します。

- ・ 代理人 (届出書を市役所に提出する人)

住 所	
氏 名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

※代理人に介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出書の提出を依頼される場合は、上記「代理権授与通知書」の記入が必要です。

※代理人の方は、運転免許証・個人番号カード・旅券・介護支援専門員証等 (官公署が発行した顔写真があり氏名、生年月日又は住所が記載されたもの) を 1 点ご持参ください。また、郵送される場合は、そのコピーを添付してください。